

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 98

LE ZONA OPHTALMIQUE SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Mai 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PICAULT

né à MONTCENIS (Saône-et-Loire) le 27 décembre 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56.

—
1925

**LE ZONA OPHTALMIQUE
SYPHILITIQUE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 98

LE ZONA OPHTALMIQUE SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Mai 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PICAULT

né à MONTCENIS (Saône-et-Loire) le 27 décembre 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie Interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	X.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....	PATEL.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; FLORENCE, assesseur ;
ROUBIER et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique -
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon*

Qui, après nous avoir confié les éléments
de ce travail et ne s'être pas lassé de nous
guider par ses conseils, nous fait l'honneur
de bien vouloir présider la soutenance de
notre thèse.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE DIJON

MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SIRAUD

Qui, durant nos années d'internat à l'Hôpital Saint-Luc, nous montra toujours une bienveillance attentive.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE LYON

Nous avons suivi comme Externe des Hospices civils de Lyon, les cliniques de :

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Nous avons choisi les services de :

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Nous avons fait un stage de remplacement chez :

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLAVARDIN

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'assurance de notre gratitude.

AUX MÉDECINS

Qui m'ont honoré de leur confiance en me donnant le soin de leur clientèle, et m'ont permis ainsi de connaître le côté pratique de la Médecine.

MEIS ET AMICIS

« Mieux vaut trouver amis sur sa route,
qu'avoir deniers dans sa bourse. »

LE ZONA OPHTALMIQUE SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Le zona ophtalmique fut nettement individualisé par Hutchinson en 1866. C'est lui qui fixa les lésions nerveuses qui en sont le substratum, et le différencia des maladies de la peau où il était absorbé.

Depuis cette date, nombre d'auteurs en ont fait de longues études, et si l'on est arrivé à sa description clinique complète et exacte, on n'a pas pu cependant élucider sa pathogénie.

Il semble, pour le moment, que les lésions toujours observées au niveau du ganglion de Casser, du ganglion ciliaire, du nerf ophtalmique et de ses divisions, relèvent d'une cause infectieuse ou toxique.

L'action de l'intoxication ou de l'infection suffit-elle à elle seule? N'est-elle que le moyen de préparation à la fixation secondaire d'un microbe spécifique?

La question n'a pu être tranchée, bien que nombreux soient les auteurs qui croient au virus zostérien et dirigent leurs recherches, comme furent dirigées les recherches dans l'étude de la poliomyélite antérieure.

L'intérêt des discussions a été récemment relevé par l'analyse des observations relatant des éruptions de varicelle et de zona, successives ou même simultanées. A ce propos, on a parlé à nouveau des certitudes de contagiosité, d'immunisation, des réactions biologiques que l'on avait étayées sur de plus anciennes observations de zona.

Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, tout en admettant la théorie du zona, maladie infectieuse spécifique, immunisante, à localisation nerveuse, on doit reconnaître comme beaucoup plus fréquents les cas de zonas symptomatiques d'intoxications ou d'infections différentes.

Les travaux découlant de faits cliniques remarqués à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon ont largement contribué à la mise au point de l'étude du zona ophtalmique. La fréquence de cette affection, variable, il est vrai, suivant les pays, est assez grande. Elle paraît d'ailleurs s'accroître dans ces dernières années.

La thèse de Duméry (Lyon, 1896), inspirée par le professeur Rollet, a fixé l'étude des manifestations oculaires dans le zona ophtalmique.

L'étude de sa pathogénie se retrouve dans une communication à la Société de Médecine de Lyon (1896). Mais, alors que l'on a beaucoup insisté sur la fréquence de l'origine toxique du syndrome, ou des rapports fréquents qu'il a avec l'infection tuberculeuse, pneumococcique,

ourlienne ou autre, le rôle de la syphilis semble tenu en second plan.

Dans cet ouvrage, après avoir rappelé la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'affection, nous nous attacherons à montrer les rapports intimes de la syphilis et du zona ophtalmique, et nous essaierons de les expliquer.

Enfin, nous établirons le pronostic spécial du zona ophtalmique syphilitique.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Cliniquement, le zona en général est un syndrome douloureux, névralgique, accompagné d'une éruption herpétiforme, sur le trajet d'un nerf.

Pour le zona ophtalmique, la définition se complète si l'on signale les lésions provoquées, de l'œil et de ses annexes.

Le zona ophtalmique se localise sur le territoire du nerf ophtalmique, première branche du nerf cranien tri-jumeau. Il a reçu des filets anastomotiques venant du plexus caverneux. Il en envoie au nerf moteur oculaire commun et au nerf moteur oculaire externe.

Ses branches de division : nasale, frontale, lacrymale, assurent l'innervation du tiers supérieur et interne de la face : c'est-à-dire de la région frontale, de l'aile du nez et de la paupière supérieure. La limite de leur territoire, en dedans, est la ligne médiane.

L'éruption, le symptôme objectif de la maladie, se fera au niveau de toutes ces branches, simultanément, ou se limitera à une région différente répondant à la branche frontale, ou nasale, ou lacrymo-temporale. *Pratiquement, le territoire frontal est toujours envahi.*

La localisation dans tel ou tel territoire a son importance, car on a voulu lier à la topographie de l'éruption le pronostic de l'affection. Nous le verrons lorsque nous parlerons des lésions oculaires.

Il est infiniment rare de voir un zona ophtalmique bilatéral.

Le zona ophtalmique est exceptionnel chez l'enfant, assez rare chez l'adulte. L'âge moyen de son apparition, d'après les observations de M. le professeur Rollet, est de 61 ans. Pacton avait fixé 70 ans.

Il apparaît le plus fréquemment chez l'homme (trois fois sur quatre) et deux fois sur trois du côté gauche.

La maladie peut être annoncée par des troubles de l'état général, le plus souvent peu marqués et communs à toute manifestation infectieuse : embarras gastrique sub-fébrile ou non, insomnie.

Dans de nombreux cas, on note des signes de réaction méningée : hypertonie musculaire, exagération des réflexes, bradycardie et vomissements. Le liquide céphalo-rachidien est déjà modifié parfois. Les symptômes méningés sont en général très fugaces.

La céphalée, la raideur de la nuque dans le zona ophtalmique correspondent à la rachialgie, au Kernig du zona lombo-abdominal.

Ces phénomènes généraux sont alors accompagnés de phénomènes locaux, plus ou moins antérieurs à l'ensem-

ble caractéristique de la maladie. Au niveau de l'hémicrâne qui sera atteint, le sujet accuse des douleurs névralgiques, diffuses ou strictement localisées à l'une des branches du nerf ophtalmique. Ces douleurs continues ou par crises peuvent être réveillées ou exacerbées par la pression sur le trajet de tel ou tel nerf, et surtout aux points d'émergence.

Ou, d'emblée, sans prodromes, avec ou non un mouvement fébrile, apparaît l'éruption, et la douleur.

Cette ÉRUPTION se fait sous forme de placards érythémateux, débutant souvent aux points d'émergence des nerfs. Ovalaires, ils peuvent, au début, être indépendants. Mais, rapidement, ils confluent, recouvrent le territoire ophtalmique, pouvant même dépasser la ligne médiane.

En plus de l'éruption fronto-nasale, on peut observer une éruption temporale. En effet, les filets nerveux temporaux proviennent du nerf ophtalmique, et non du nerf maxillaire supérieur.

La paupière supérieure est oedématiée. Parfois, à un point tel qu'elle saille énormément et cache complètement la paupière inférieure, jamais atteinte,

Rapidement : une ou deux heures, ou après un à deux jours, sur ce fond d'érythème, se forment des vésicules, contenant un liquide clair ou trouble. D'ordinaire, elles se disséminent par poussées successives.

Jamais elles ne dépassent la ligne médiane.

Rarement elles confluent et se réunissent. Et au bout de trois à cinq jours, leur contenu étant devenu purulent ou hémorragique, elles se flétrissent ou se rompent.

Une croûte brune, épaisse, se forme à leur niveau, tom-

bant par la suite en laissant une tache rouge ou pigmentée.

En raison des poussées successives de vésicules, l'évolution est d'une quinzaine de jours. On note d'ordinaire la tuméfaction des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires.

Le malade, enlaidi au possible, SOUFFRE d'autre part énormément.

Nous avons vu que, dès avant l'éruption même, il a pu subir ces névralgies atroces, aggravées par des élancements soudains, par la pression en points différents, par les sensations spéciales, qu'il a au niveau de ses téguments.

L'impression d'engourdissement, de « portion morte » du visage ajoute la gêne à la douleur. Et il en est qui ne supportent qu'à peine leur torture incessante.

On doit noter l'exagération de ces phénomènes chez l'adulte. Par contre, chez l'enfant, ils sont souvent peu accentués.

Les phénomènes généraux sont d'ordinaire peu prononcés : température subfébrile, mauvais état digestif, phénomènes de réaction méningée.

Très souvent, si avant l'éruption, on n'a pas noté de modifications du liquide céphalo-rachidien, à la période d'état, la ponction lombaire montre la *lymphocytose* et l'*hyperalbuminose*.

Enfin, l'éruption s'éteint. Les croûtes sont tombées.

Le malade n'est pas délivré. Il conserve, au niveau des pustules anciennes, des CICATRICES plus ou moins profondes, blanchâtres, au niveau desquelles la sensibilité est diminuée.

Et surtout, il va traîner plus ou moins longtemps, jusqu'à des mois et des années, des TROUBLES DE SENSIBILITÉ. Soit qu'il continue à subir cette impression de masque, de « chair morte », au niveau du territoire de son ancienne éruption, sans modifications objectives de sa sensibilité.

Soit qu'il représente une hyperesthésie cutanée violente, avec un tégument modifié, siège de phénomènes vaso-moteurs, congestionné, facilement irritable ; où l'on reconnaît l'abolition complète ou partielle de la sensibilité objective, le malade pouvant avoir de l'anesthésie douloureuse.

Mais les séquelles les plus pénibles sont les douleurs, à caractère névralgique plus ou moins franc, continues ou survenant par périodes. Elles restent localisées à l'hémicrâne qui fut atteint.

Leur atténuation est impossible par les traitements médicaux courants. Elles risquent d'être d'autant plus graves, longues et persistantes que le malade fut atteint plus profondément, à un âge plus avancé et qu'il a subi des lésions oculaires.

Nous n'avons pas encore signalé les lésions oculaires. C'est pour bien faire remarquer que l'on fut très long à les observer et insister tant soit peu sur elles.

LÉSIONS OCULAIRES.

Observées, les lésions oculaires furent d'abord considérées comme des complications du zona ophtalmique, et Pacton évaluait leur fréquence à 70 % des cas de zona ophtalmique.

M. le professeur Rollet, par une expérience minutieuse, les considère comme partie essentielle du syndrome, et définit le zona ophtalmique: une affection non fébrile, caractérisée par une triade de signes fonctionnels : douleurs, exanthème, troubles oculaires. Ces derniers ne sont pas des complications, mais bien des symptômes constants, et le terme de zona oculaire est indispensable.

Quelles sont les lésions observées au niveau de l'œil et de ses annexes ?

Elles siègent au niveau de la conjonctive, de la cornée, de l'iris et de la musculature extrinsèque de l'œil.

1° Les lésions de la CONJONCTIVE se limitent le plus souvent à une hyperémie notable, ou à une conjonctivite nette, avec rougeur, cuisson, augmentation de la sécrétion lacrymale : épiphora ou formation de mucus. Cette hypersécrétion est surtout abondante la nuit. Au réveil, les paupières sont collées.

Cette conjonctivite peut précéder l'éruption, et inquiète le malade, car elle est liée aux phénomènes prodromiques qui s'observent. Le plus souvent, elle accompagne l'éruption. Rarement elle suit les lésions de l'iris ou de la cornée.

Si l'examen de l'œil est possible, on note le gonflement de la muqueuse, en bourrelet autour de la cornée. Dans les formes graves, il est apparu de petites vésicules, surtout au bord de la cornée, qui sont passagères. Elles ne durent que quelques heures. Mais leur infection est fort possible.

La sensibilité de la conjonctive est abolie.

2° Au niveau de la CORNÉE, qui est « de la peau adaptée à un rôle spécial », il y a souvent formation de vésicules, par plissement de l'épithélium.

L'ulcération qui suit est en coup d'ongle et laisse une irrégularité sur la cornée, d'où dépend une opacification plus ou moins importante, profonde ou étendue.

L'infection secondaire peut mener à la suppuration du segment antérieur de l'œil et provoquer la fonte de l'œil par panophtalmie, ou tout au moins, si l'ulcération est étendue, la réparation se fera incomplètement et l'on observera des opacités, pouvant obliger à l'iridectomie, ou un leucome vasculaire, ne laissant utile que la portion supérieure de la cornée.

S'il n'y a pas d'altération épithéliale superficielle, on peut observer cependant de la kératite parenchymateuse, circonscrite. Cette lésion fut observée par Sulzer, après le professeur Rollet. Elle s'accompagne de photophobie énorme, d'aspect laiteux de la cornée et d'envahissement de la cornée par les vaisseaux. Cette forme disparaît d'ordinaire sans laisser de traces, ou elle provoque un léger trouble cornéen persistant, par lésions profondes.

La sensibilité cornéenne est abolie.

3° LES TROUBLES IRIENS, moins fréquents que ceux de la cornée, peuvent être secondaires à un ulcère cornéen devenu infectieux. Mais on observe l'iritis primitive, latente, avec le cercle périkératique à peine dessiné, de la photophobie, des douleurs. La pupille est paresseuse. L'œil est très douloureux à la pression.

Son évolution, lente, ne laisse que quelques synéchies, de la paresse de la pupille, qui disparaissent peu à peu.

Mais on peut observer une iritis grave parenchymateuse, au lieu de cette iritis séreuse. Tout le diaphragme irien est alors envahi, au lieu de la limitation à la face antérieure de l'iris. L'évolution est plus rapide et aboutit à la déformation de la pupille, à l'établissement de synéchies postérieures, même à des adhérences de l'iris avec la capsule antérieure du cristallin.

Cette iritis grave, le plus souvent, complique la kératite.

On a signalé (Sasportas, *Thèse de Paris*, 1914) des hémorragies de la chambre antérieure, voire rétinienne.

Quant à la pupille, ses contractions ne sont pas expliquées. Sulzer invoque des réflexes dus à la douleur. D'autres pensent à des phénomènes sympathiques.

Hutchinson, Bowmann et Steffan prétendent qu'iritis et kératite « n'apparaissent que lorsque l'éruption est à son summum ou bien quand elle commence à décliner », et Albert Hybord arrive à ces conclusions :

« Dans le zona ophtalmique, l'iris et la cornée souffrent rarement quand l'éruption ne siège pas sur le territoire des branches du nerf nasal ; ils souffrent habituellement quand tout le côté du nez est envahi ; l'iris et la cornée sont d'autant plus exposés à souffrir, et peuvent être à souffrir gravement que l'éruption recouvre tout le côté du nez ou l'aile du nez ».

4° Quant aux PARALYSIES MOTRICES, que l'on rencontre dans le zona ophtalmique, Désirat en a fait l'étude en 1903 (*Thèse de Bordeaux*, 1903 : Quelques complications du zona ophtalmique).

Elles intéressent soit les nerfs ciliaires, soit le sphinc-

ter, soit les muscles moteurs de l'œil, et elles peuvent s'associer.

Elles éclatent en même temps que l'éruption ou la suivent de peu. Passant inaperçues, si les troubles provoqués sont légers, elles frappent par la paralysie totale d'un ou plusieurs muscles.

Au niveau de l'œil, c'est la non contractilité à la lumière ou la dilatation continue de la pupille, par paralysie du diaphragme. Cette dilatation de la pupille peut être le seul symptôme de la paralysie du nerf moteur oculaire commun.

C'est ce nerf qui est le plus souvent atteint, puis le nerf moteur oculaire externe, rarement, puis le nerf pathétique, exceptionnellement.

Ces paralysies provoquent la diplopie et un strabisme plus ou moins marqué. Leur pronostic est d'ordinaire bénin, car le plus souvent elles rétrocedent.

Leur apparition est assez rare. De Wecker et Landolt, en 1880, estimaient à 3 % les cas de zonas ophtalmiques qui en étaient compliqués. Le professeur Rollet éleva la proportion à 7 ou 8 %. D'autre part, M. Rosnoblet, dans son article « Zona Ophtalmique et Paralysies associées » (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1925), trouve encore une plus grande proportion, et fait remarquer la difficulté de reconnaître ces troubles moteurs en raison du ptosis inflammatoire qui masque le globe oculaire.

Ces paralysies s'observent aussi bien dans les cas de zona ayant envahi tout le territoire du nerf ophtalmique, que dans ceux où l'éruption fut limitée au niveau d'une seule des branches de ce nerf.

Age, ni sexe ne paraissent intervenir dans leur apparition, mais, pour Hutchinson, la paralysie irienne est constante lorsqu'il y a lésion de la cornée. Mais la mydriase peut être minime, la pupille seulement paresseuse, et il faut veiller à rapporter, s'il y a lieu, ces troubles à l'iritis, qui se rencontre assez fréquemment.

Nous verrons le point de vue pronostique du zona ophtalmique. Dès maintenant, étant énumérés les symptômes, nous notons que sa gravité réside dans les lésions oculaires, et non dans les paralysies qu'il peut provoquer.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

La disposition de l'éruption du zona ophtalmique, son évolution anatomique dans des limites fixes devaient développer l'idée d'une modification de quelque nature au niveau du réseau nerveux sous-jacent.

En effet, si l'éruption zostérienne peut s'étaler sur tout le territoire du nerf ophtalmique, en un éventail dont la base est au niveau de l'émergence du nerf sus-orbitaire, pour rayonner vers le cuir chevelu et l'aile du nez, elle peut se limiter suivant telle ou telle branche de bifurcation du nerf, en lignes correspondant aux branches frontale interne ou externe, par exemple.

Cette dépendance de l'éruption aux trajets nerveux, toujours constatée, guida les recherches sur les altérations des nerfs, ou de leurs origines réelles.

Il fallut rattacher certaines portions du territoire à leur véritable source d'innervation. Ainsi la région temporale, fréquemment atteinte dans le zona ophtalmique, était décrite comme dépendant du nerf maxillaire supé-

rieur. En réalité, elle relève du nerf lacrymal, par les branches temporo-malaires et lacrymo-palpébrale. « En définitive, les téguments temporo-malaires tiennent-ils leur innervation de l'ophtalmique ou du maxillaire supérieur ? Auquel de ces deux nerfs appartiennent les filets temporo-malaires ? Deux faits pathologiques me font admettre que les nerfs temporo-malaires font partie de l'ophtalmique et ont la même origine centrale : il s'agissait de deux cas de zona ophtalmique, sans coexistence de zona partiel du maxillaire supérieur. Il convient donc d'admettre que les tempes sont innervées par l'ophtalmique (nerf lacrymal) et par le maxillaire inférieur (nerf temporal superficiel), à l'exclusion du maxillaire supérieur, rameau orbitaire ». (Professeur Rollet, *Thèse de Duméry*, Lyon, 1896).

Il est acquis aujourd'hui, et admis par tous, que le zona en général dépend d'une atteinte du ganglion rachidien postérieur, que cette gangliite peut être causée par toutes les lésions médullaires possibles.

Pour le zona ophtalmique, la lésion siège au niveau du ganglion de Gasser, et de la branche ophtalmique du trijumeau, homologues des racines postérieures de la moelle et de leurs ganglions.

Les lésions nerveuses sont fondamentales ; l'éruption cutanée, les symptômes oculaires sont secondaires.

Mais pour les uns, il y aurait prépondérance des lésions névritiques sur les lésions centrales consécutives. Ainsi pensaient Pitres et Vaillard, en 1883.

Grâce à vingt et une autopsies, Head et Campbell, en 1900, affirment l'atteinte du ganglion spinal par des lésions inflammatoires primitives, entraînant secondai-

rement une sclérose centripète et centrifuge. Leurs résultats furent confirmés par Thomas et Heuyer, en 1913.

« Microscopiquement, le ganglion est atteint à la fois dans ses éléments conjonctifs et dans ses éléments propres.

« On remarque une infiltration leucocytaire en nappe, avec vaso-dilatation intense, et, par places, de petits lacs hémorragiques qui décollent les capsules péricellulaires, séparant les éléments nobles.

« Au niveau des cellules mêmes, on note des lésions de chromatolyse.

« Les Cylindraxes sont irrégulièrement tuméfiés. »

Les racines postérieures participent à ce processus inflammatoire.

Un protocole d'autopsie, rapporté sous le nom de S. Hesser, de Stockholm, dans la *Presse Médicale* du 24 mai 1924, précise ces lésions du ganglion et les lésions à distance.

Il s'agit d'un syphilitique non traité, de 64 ans, qui présenta, cinq jours avant sa mort, un zona intercostal droit très intense, coexistant avec de la diminution des diverses sensibilités dans le territoire atteint, sans qu'il y eût de manifestations douloureuses subjectives.

L'autopsie montra de graves lésions du ganglion spinal droit de la VIII^e paire dorsale.

« Macroscopiquement, une grosse hémorragie occupait tout le ganglion.

« Histologiquement, le ganglion était farci de foyers hémorragiques circonscrits ou diffus, surtout importants à la périphérie, tandis qu'au centre existait une abon-

dante infiltration de cellules mononucléaires, mêlées à quelques polynucléaires. Les noyaux des cellules ganglionnaires étaient pâles, mal colorés, parfois invisibles; le protoplasma, soit homogène, soit plus souvent granuleux ou réticulé.

« La capsule du ganglion, dans ses parties profondes, présentait des lésions de nécrose et une infiltration cellulaire marquée, qui se retrouvait, ainsi que les hémorragies, dans le névrilème des troncs nerveux afférents et efférents (racine motrice et sensitive-nerf spinal).

« Les ganglions voisins des IX^e, X^e, XI^e et XII^e paires offraient des lésions inflammatoires analogues, mais non hémorragiques, sans qu'il y eût d'éruption zostérienne dans les territoires correspondants. Ce qui laisse supposer que l'inflammation du seul ganglion spinal est incapable de réaliser un zona, mais qu'il faut quelque chose de plus: peut-être une extension du processus aux ganglions sympathiques ou aux nerfs sympathiques.

« Du côté de la moelle, la substance blanche était intacte, mais en quelques points des cornes antérieures, les cellules paraissaient augmentées de nombre, et il existait par places des images rappelant la neuronophagie ».

Ces lésions ganglionnaires sont semblables à celles déjà signalées par Head et Campbell, par Thomas.

Etant donné ces lésions, comment expliquera-t-on les lésions trophiques que nous signalons dans le zona ?

L'éruption vésiculaire, — à qui il faut rattacher les lésions oculaires —, est secondaire à la lésion nerveuse. Elle relève de troubles trophiques. Mais leur mécanisme n'est pas encore étudié, et une difficulté de plus pour les

expliquer réside dans leur apparition à la suite d'atteinte des voies sensitives.

L'exacte relation des accidents trophiques du zona ne saurait être établie avec les lésions des centres nerveux, tant que le rôle de ceux-ci n'aura été reconnu.

Magendie a constaté l'influence du trijumeau sur la nutrition de la cornée.

On a invoqué d'autre part l'insuffisance des nerfs vaso-moteurs. Mais, ainsi que le discute le docteur Albert Hybord, dans sa thèse (Paris 1872), la paralysie des nerfs vaso-moteurs de la face peut durer des années, sans que la nutrition soit arrêtée. L'hypérémie provoquée crée une disposition aux inflammations. Mais le trouble trophique se développe habituellement et évolue, sans être précédé ou accompagné des phénomènes qui révèlent objectivement l'état paralytique ou l'état inverse des nerfs vaso-moteurs. Ce sont là les idées de Charcot.

Maintenant, à la suite du docteur Mayet, de Lyon, on tend à admettre que :

« Tout nerf peut être trophique, car son excitation entraîne le fonctionnement, et par suite l'augmentation de nutrition des éléments auxquels il se rend. Dans les cas pathologiques où les troubles spéciaux s'observent, il existe presque toujours sur le trajet du nerf, une cause d'irritation continue, qui entretient le nerf dans un état permanent d'excitation et maintient les éléments dans lesquels il se rend, dans un état permanent de fonctionnement, c'est-à-dire d'oxygénation exagérée. »

Ce que l'on admet pour un nerf, n'est-il pas encore plus vraisemblable de l'admettre pour le ganglion spinal.

Car, lui est un centre nerveux « avec son absence de névroglie, ses trames conjonctives supportant un réseau vasculaire qui enferme dans ses mailles des cellules à prolongements en T, entourées de leurs capsules endothéliales, sous lesquelles se ramifient les prolongements de cellules multipolaires à type sympathique. »

Et la lésion de ces articulations sensitivo-sympathiques peuvent suffire à ceux qui exigent dans les causes du trouble trophique, une lésion des éléments sympathiques, lorsque les neurones moteurs des racines antérieures sont normaux.

CHAPITRE IV

Pathogénie

La constatation d'épidémies de zona, l'observation de sa contagiosité, la remarque de réactions biologiques immunisantes font admettre la notion de zona, maladie essentielle et provoquent la recherche d'un agent infectieux spécifique.

V. Raymond et Cot disent avoir isolé, dans le sang de zonateux, un petit bacille prenant le Gram, immobile, se groupant en palissades et chromogène. Ils concluent à son rôle spécifique dans le zona sur la réaction de fixation, la production chez l'homme d'éruptions vésiculeuses douloureuses, après inoculation, — sur la constatation d'hémorragies et de bacilles dans les ganglions rachidiens des animaux infectés.

Ayant retrouvé ce germe ou ses réactions humorales chez d'autres malades, ils pensent que l'infection zostérienne comprend, outre le zona, un certain nombre de septicémies bénignes et de courbatures fébriles.

Wasilewski admet, comme Landouzy, une origine infectieuse et aurait retrouvé un protozoaire déjà décrit par Pfeiffer.

Follet et Sacquepée, dans le séro-pus d'une phlyctène, trouvent un long bacille, très peu pathogène pour le cobaye, cultivant sur gélose et pomme de terre, à caractère de leptothrix.

Brissaud regarde le zona comme non spécifique, mais susceptible d'être provoqué par des microbes différents, et à la suite d'infection quelconque.

Puis l'on parle de rupture d'équilibre trophique de la peau, par action de toxines microbiennes sur le système nerveux central ou périphérique, permettant aux germes de flore cutanée de s'accroître en terrain plus vulnérable.

Et l'on arrive à l'explication actuelle, abandonnant pour un temps l'idée de spécificité, lancée par Landouzy.

Le zona est un syndrome lié à des lésions nerveuses, qui peuvent être provoquées par l'une ou l'autre des infections ou intoxications courantes.

Et l'on s'explique qu'il survienne comme syndrome dans la pneumonie, les oreillons, la méningite cérébro-spinale, la varicelle, la tuberculose, la syphilis.

Zona et syphilis

Morax écrivait en 1916 :

« Lorsqu'on a pris soin d'étudier les antécédents des sujets atteints de zona ophtalmique, on est surpris de la très grande fréquence de la syphilis, sans qu'il soit pos-

sible néanmoins d'établir un rapport de constance entre la syphilis et le zona. »

Jullien va plus loin, en écrivant :

« Je pense avoir établi la réalité et même la fréquence, au cours de la syphilis, d'éruptions zostériformes qui ne sont pas le zona et ne sont pas des syphilides, et dérivent de l'action des toxines sur le système nerveux central ou périphérique, peut être ganglionnaire, et peuvent être rangées avec assez de vraisemblance dans la classe des manifestations parasymphilitiques. »

Et pourtant, si l'on a insisté sur la corrélation qui peut exister entre le zona et des états infectieux aigus, on a signalé beaucoup moins celle qui peut le lier à un état infectieux chronique : tuberculose et syphilis.

W. Brown et Dujardin trouvent le fait frappant que le zona affecte avec prédilection les sujets syphilitiques : c'est ainsi qu'ils observaient neuf cas de zona chez douze cents syphilitiques et six cas seulement sur treize mille sujets indemnes de cette affection, constatation qui s'accorde absolument avec les faits rapportés autrefois par Head et Campbell, dans les statistiques desquels on relève environ deux tiers de syphilitiques chez les malades atteints de zona.

Faut-il s'en étonner ? Nous allons nous efforcer de l'expliquer.

Nous rappelons la fréquence de la syphilis, relevant de la facilité de la contagion, de l'hérédité, de l'insuffisance des traitements.

Or l'atteinte des méninges est classique dans la syphilis. Nous trouvons là l'explication de la fréquence du zona chez le syphilitique.

Dans sa thèse : « Les acquisitions récentes sur la pathogénie du zona », le docteur Destrem étudie en particulier la réaction méningée. Nous l'avons signalée, en étudiant les symptômes du zona. Et dans son travail, il distingue deux modalités de réaction méningée :

« Depuis les investigations de MM. Brissaud et Sicard, le zona a pu être considéré comme devant dépendre d'une méningite. Rapidement, en effet, les cas se sont multipliés de zona typique, dans lesquels l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de constater une réaction lymphocytaire moyenne, avec gros éléments, peut-être endothéliaux, avec hyperalbuminose et légère hypertension ».

D'autre part, les recherches bactériologiques ont pu mettre en évidence la fréquence des méningites d'étiologies différentes, dont le seul symptôme objectif était précisément une éruption zonateuse.

Un cas de zona ophthalmique conduisit MM. Chauffard et Rendu, à reconnaître un rapport entre les symptômes méningés et la localisation de l'éruption. La céphalée, la raideur de la nuque répondaient à la rachialgie et au Kernig du zona lombo-abdominal. Les signes qui accompagnent la réaction méningée du zona sont, en résumé, l'hypertonie musculaire, l'exagération des réflexes, la bradycardie et les vomissements. Ces symptômes sont très fugaces et ne semblent qu'accompagner l'invasion des méninges.

L'époque où apparaissent les modifications du liquide céphalo-rachidien montre que la méningite n'est pas initiale, mais due à une propagation. Les recherches anatomiques sur les culs de sac que les enveloppes du névraxe envoient jusqu'au pôle ganglionnaire font comprendre

leur mode de réalisation (Sicard et Cestan-Lamy).

Mais si la méningite est secondaire dans le zona maladie, elle est bien souvent au contraire le processus initial dans le zona symptomatique. Les zonas tuberculeux, syphilitiques, ourliens, sont la conséquence de processus méningés plus ou moins atténués.

A côté de la voie ascendante, suivie par l'infection, du ganglion à l'arachnoïde, il faut donc admettre une voie descendante qui amène, conformément au cours probable du liquide céphalo-rachidien, vers les gaines radiculaires, les agents pathogènes qui ont envahi les méninges. Qu'une telle voie soit possible, nous n'en voulons comme preuve que la constatation faite par M. Tinel, de follicules tuberculeux en plein ganglion au cours d'autopsies de méningites tuberculeuses. »

Il est plus logique d'admettre l'action directe du tréponème lui-même, dans une gangliite par propagation de la méningite spécifique, que d'invoquer le rôle de l'infection syphilitique, comme préparant le terrain à un virus encore inconnu du zona-maladie.

Cela cadre avec ce que l'on sait de l'affinité étrange du spirochète pour les tissus nerveux.

La méningo-radiculite elle-même crée le zona, soit par irritation du voisinage, soit par localisation directe du spirochète sur le ganglion.

Si l'on se rappelle l'anatomie du trijumeau, combien sa lésion, par propagation des lésions méningées est facilement expliquée !

Dans l'étage moyen de la base du crâne, le trijumeau s'applique sur la face antérieure, endocranienne du rocher. Le plexus triangulaire qu'il forme et le ganglion

de Gasser sont alors compris dans une loge fibreuse, doublement de la dure-mère, nommée cavum de Meckel. Les feuillets de la dure-mère contiennent un réseau vasculaire important, dépendant du sinus caverneux.

A l'intérieur de ce cavum, le plexus triangulaire est entouré d'une gaine, dépendance de la pie-mère et de l'arachnoïde de l'étage postérieur de la base du crâne.

Ainsi la situation anatomique du ganglion de Gasser, ses rapports intimes avec les méninges, sa proximité d'un système vasculaire important, s'unissent aux tendances du spirochète pour les localisations nerveuses, pour rendre très naturelle son atteinte par la propagation d'un processus méningé.

Quant aux paralysies du zona, faut-il les rapporter à la méningite causale qui serait basilaire, localisée ? On peut fort bien concevoir l'atteinte des nerfs basilaires par un processus méningé généralisé, car ils sont excessivement vulnérables.

Mais dans le zona ophtalmique où les phénomènes congestifs sont poussés au maximum, le trouble transitoire ne peut-il pas être le résultat de l'action simplement mécanique d'un foyer inflammatoire ganglionnaire sur des nerfs en rapport de contiguïté. Aussi, cliniquement, est-ce le nerf moteur oculaire commun qui est le plus fréquemment lésé (quatorze fois sur seize cas de paralysies oculaires : Champion-Désirat — douze fois sur quinze cas : Ramsay Hunt).

Ou bien la lésion sympathique est évidente : ainsi dans l'atteinte du ganglion ciliaire, qui ne contient pas de cellules nerveuses sensibles, n'est que traversé par des fibres sensitives, mais présente des articulations de fibres

sympathiques avec les corps cellulaires des nerfs ciliaires courts. Il est le centre de l'arc orbitaire de l'irido-dilatation, le centre vaso-moteur du corps ciliaire et de l'iris. Il règle la tension intra-oculaire.

Galezowski rapporte une observation de zona oculaire avec paralysie de la VI^e paire, où l'on constate l'association de la paralysie de la musculature intrinsèque, dépendance du III^e, dont le territoire extrinsèque est intact. Avec les mydriases et l'insensibilité cornéenne, on admet la lésion du ganglion ciliaire.

Le substratum anatomique du zona ophtalmique syphilitique en est une lésion inflammatoire du ganglion de Gasser : gangliite consécutive à une méningite syphilitique antérieure.

CHAPITRE V

Diagnostic. - Traitement

En définitive, devant une éruption érythémato-vésiculeuse, nettement unilatérale, avec arrêt sur la ligne médiane, accompagnée de vives douleurs et de lésions de l'œil, on fait le diagnostic de zona ophtalmique.

Chez le syphilitique, il est à noter :

1° que les malades ont un *âge moins avancé* que les sujets non atteints d'infection spécifique ;

2° que l'éruption se fait brutalement, *sans prodromes* ;

3° que durant l'évolution du zona, on ne remarque *pas de douleurs profondes, rebelles*. Cette dermalgie atténuée est surprenante, lorsque l'on connaît le martyre habituel du zonateux.

En dehors de ces particularités, l'allure clinique est identique.

Peu d'affections peuvent être discutées en présence d'un syndrome zonateux.

L'érysipèle est reconnu par la grande importance des phénomènes généraux, l'ascension de la température. D'autre part, son éruption n'est pas liée au territoire d'un nerf. Son évolution est différente, et il ne laisse pas de séquelles. Les complications oculaires sont exceptionnelles.

Les *dermaloses érythémato-pustuleuses des paupières* intéressent la paupière supérieure, et également la paupière inférieure, jamais lésée dans le zona ophtalmique. La douleur est plus superficielle et mieux calmée.

Les *syphilides zoniformes* sont généralement des accidents tertiaires, en rapport avec les territoires de nerfs périphériques, mais sans aucun trouble de l'état général, sans douleurs névralgiques ni zones d'anesthésie ou d'analgésie. Le plus souvent, elles sont intercostales. Si le traitement spécifique n'est pas institué, elles traînent en longueur.

Les *lésions oculaires* non accompagnées d'éruption ni de douleurs, ne peuvent que relever d'une autre cause.

Les *douleurs post-éruptives* seront reliées au zona ophtalmique, si l'on remarque des cicatrices persistantes, avec des troubles de sensibilité.

Le TRAITEMENT de l'éruption, des douleurs est purement symptomatique et fréquemment vain.

On peut essayer l'application de compresses d'eau chaude, de pommade à l'ichtyol au millième, ou des badigeonnages avec une solution de bleu de métylène au millième.

Pour les lésions cornéennes qui peuvent se compliquer d'ulcères simples, puis suppurer, le professeur Rollet a

montré la valeur préventive de l'instillation d'un collyre au bleu de méthylène.

Sil y a ulcère déclaré, on aura recours aux attouchements à la teinture d'iode et aux injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.

Les synéchies ariennes seront prévenues par les instillations de mydriatiques : atropine ou duboisine, que, chez le vieillard, on doit remplacer par les myotiques : pilocarpine, en raison de l'hypertension provoquée par les premiers.

La radiothérapie est employée contre les séquelles douloureuses, pour lesquelles le traitement médical est impuissant.

Et il est capital, dans le zona ophtalmique syphilitique, d'instaurer d'urgence un TRAITEMENT SPÉCIFIQUE.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le pronostic du zona ophtalmique syphilitique doit être envisagé de façon différente, suivant que l'on se préoccupe des lésions locales qu'il a provoquées ou que l'on considère la possibilité des lésions nerveuses dont il dépend, mais qui continuent à évoluer, alors que lui-même a disparu.

Les cicatrices indélébiles, les névralgies persistantes qu'il peut laisser ne présentent pas de caractères de gravité.

Mais du côté de l'œil, il convient d'être fort réservé, puisque nous avons vu la possibilité des perforations de la cornée, de la fonte purulente de l'œil, ou tout au moins de la formation d'un leucome entravant la fonction visuelle.

D'autre part : « sa gravité tient dans l'atteinte manifeste des méninges par le tréponème, témoignant dans un avenir plus ou moins proche, d'une localisation du côté des centres nerveux ».

Il représente un accident syphilitique de la période secondaire ou tertiaire, et correspond en général à une reprise aiguë de l'infection.

En effet, il est à noter qu'on l'observe chez des sujets qui n'ont pas suivi de traitement spécifique, chez des hérédos.

Aussi le médecin, voyant survenir un zona ophtalmique chez un syphilitique doit toujours penser à l'*imminence possible de lésions nerveuses*, et de complications encéphalitiques graves.

Peut-on savoir dans quels cas le zona ophtalmique est symptomatique d'une lésion centrale? Cela est délicat. Les accidents ont paru plus fréquents chez les malades qui, de longtemps, accusaient des migraines périodiques.

Toujours est-il, — il est bon de se le rappeler — que *diagnostiquer un zona ophtalmique syphilitique annonce bien souvent paralysie générale ou tabes*.

La priorité des accidents méningés sur les accidents nerveux est un fait acquis pour la syphilis. M. Vincent conclut : « Il n'existe pas d'accidents nerveux d'origine syphilitique qui n'aient été précédés auparavant de méningite. »

On conçoit aisément la signification du zona ophtalmique qui révèle cette méningite.

Observations

OBSERVATION I

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur ROLLET.
(Inédite.)

*Zona ophtalmique droit. — Kératite profonde. — Iritis
parenchymateuse. — Syphilis datant de neuf ans.*

Le malade, G... Jean, 35 ans, coiffeur, entre le 26 mars 1925 à la Clinique Ophtalmologique de M. le professeur Rollet. Il vient du service du professeur Lépine.

Il est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Bard, le 8 février 1924, envoyé par le docteur Gaté, qui le soignait, au Dispensaire, pour troubles neurasthéniques chez un spécifique.

Il avait contracté la syphilis en 1916 (chancre, pas d'accidents secondaires). Il suivit un traitement assez irrégulier : séries de néosalvarsan, tous les huit à dix mois. Il n'avait plus présenté d'accidents depuis le début de son affection.

Au début de l'année 1924, troubles neurasthéniques depuis quelque temps : il décide de suivre un traitement régulier et se rend au Dispensaire du docteur Gaté, qui le fait entrer à l'Hôtel-Dieu.

Il reste quatre mois dans le service du professeur Bard, puis passe dans celui du professeur Lépine : Clinique Neurologique.

La ponction lombaire, la réaction de Wassermann donnent des réactions positives.

Traitement à la tryparsamide et au cyanure de mercure.

Le 10 mars 1925. — Douleurs assez vives de la région sus-orbitaire droite, s'étendant progressivement à tout l'hémicrâne droit.

Après une période douloureuse qui dura trois ou quatre jours, apparition d'une éruption zostérienne typique, telle que la montre l'examen actuel.

Il revient consulter le professeur Lépine, qui l'envoie en consultation, à la Clinique ophtalmologique (26 mars).

A l'examen. — Il s'agit d'un zona ophtalmique typique, occupant toutes les branches du nerf frontal, allant du cuir chevelu jusqu'à la région occipitale ; lacrymale, avec participation de la région malaire ; nasale, intéressant l'aile et l'extrémité du nez.

EXAMEN OCULAIRE :

Acuité visuelle. — Œil droit : un seizième.

— Œil gauche : un.

Examen au Gullstrand : Kératite interstitielle, prédominant à la partie inférieure. Vascularisation intense de la périphérie de la cornée.

Pas de descémétite. L'iris est très peu intéressé : quelques synéchies postérieures.

Pas d'ulcérations cornéennes. Hypoesthésie cornéenne.

Zone d'anesthésie cutanée depuis l'éruption.

Le malade ne souffre pas.

OBSERVATION II

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur ROLLET.
(Inédite.)

Zona ophtalmique syphilitique droit. — Chancres syphilitiques remontant à 11 années.

Le malade, P... François, 42 ans, marchand forain, est entré le 3 novembre 1924, dans la Clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet.

Rien comme antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Chancres syphilitiques en 1914.

Pas de traitement depuis 1917.

Apparition, vers le 20 octobre, de douleurs localisées dans la moitié droite de la tête et du front.

Eruption consécutive, deux jours après.

Le 3 novembre. — Eruption zostérienne du front, de la paupière supérieure, de la région temporale, de l'extrémité du nez.

Pas de lésions cornéennes, mais iritis de l'œil droit.

Très légère hypœsthésie cutanée et conjunctivo-cornéenne du côté droit.

Pas de douleurs spontanées depuis l'éruption.

Acuité visuelle. — Œil droit : un quart.

— Œil gauche : un.

Examen ophtalmoscopique normal.

OBSERVATION III

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur ROLLET.
(Thèse du docteur MAILLET Guy, Lyon 1923.)

Zona ophtalmique gauche. — Syphilis datant de huit ans.

A... Louis, 45 ans, journalier.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Le malade a passé quinze ans aux Colonies ; a eu le paludisme. Chancre syphilitique de la verge en 1904. Gomme du voile du palais avec perforation en 1912.

En 1918 sont apparus, en même temps que des douleurs violentes à siège fronto-pariétal gauche, des accidents cutanés encore visibles à l'entrée du malade dans le service. Depuis 1918, le malade a eu de fréquentes crises douloureuses, durant huit à dix jours, suivies d'accalmies d'un à deux mois, et s'accompagnant de poussées éruptives localisées, comme les douleurs, à la moitié gauche de la tête.

Au cours de l'automne 1922, les crises douloureuses et les poussées éruptives augmentent d'intensité.

Le malade entre le 22 mars à la Clinique de M. le professeur Rollet, pour « troubles cornéens ».

A l'examen, on constate, au niveau des régions frontale et

pariétale gauches, une éruption cutanée formée uniquement de croûtes. La zone occupée par cette lésion est nettement délimitée en dedans par la ligne médiane. Aucune modification du côté droit. En arrière, les lésions s'étendent jusqu'à une ligne transversale passant par le sommet de la tête ; en bas et avant, on ne trouve pas de croûtes sur la région frontale, mais on note à cet endroit la présence de cicatrices multiples et blanchâtres occupant la région frontale gauche, alors que la région droite symétrique en est dépourvue. Aucun élément éruptif sur la joue.

L'interrogatoire du malade révèle que les lésions croûteuses, seules observées actuellement, sont consécutives à des vésicules qui se sont desséchées.

Par l'examen de la sensibilité du sujet, il est facile de voir qu'il existe une anesthésie à peu près complète dans le territoire du nerf ophtalmique gauche et du nerf maxillaire supérieur du même côté. Les zones anesthésiées sont nettement limitées en dedans par la ligne médiane et, au niveau des territoires correspondants du côté droit, la sensibilité est normale. La cornée, les conjonctives et les paupières gauches sont anesthésiées : les piqûres, le contact n'amènent aucune réaction.

Aucun signe de paralysie faciale.

Au niveau des yeux :

OEil droit : deux tiers, absolument normal.

OEil gauche : un centième.

L'œil gauche présente, au niveau de la cornée, des ulcérations superficielles centrales et périphériques au nombre de quatre.

Ces ulcérations prennent la fluorescéine et paraissent superficielles. Il existe, en outre, des opacités qui paraissent un peu plus profondes, mais n'occupant pas toute l'épaisseur de la cornée.

Pupilles en myosis.

Après dilatation à l'atropine, on aperçoit sur la cristalloïde antérieure des dépôts pigmentaires ; il y avait aussi une synéchie postérieure à neuf heures, qui s'est rompue sous l'influence des mydriatiques.

Cataracte polaire antérieure.

Le fond d'œil paraît normal.

De plus, deux faits sont à signaler. Tout d'abord une hypotonie extrême de l'œil gauche, dont on peut se rendre compte à la palpation, mais que le tonomètre de Schiötz rend encore plus évidente :

Tension de l'œil gauche : neuf.

Tension de l'œil droit : dix-huit.

(Ces mesures ont été faites avant l'atropinisation).

Il faut signaler, en outre, l'aplatissement de la cornée gauche que l'on peut voir en regardant la cornée de profil et que l'on peut mesurer à l'exophtalmomètre :

OEil droit : quatorze.

OEil gauche : douze.

La cornée est devenue aplatie et sa surface est tellement irrégulière qu'il est impossible de mesurer et de déterminer l'astigmatisme : les mires de l'ophtalmomètre de Javal étant complètement brouillées et devenues méconnaissables.

EXAMEN GÉNÉRAL DU MALADE :

Réflexivité pupillaire de l'œil droit normale à la lumière, à l'accommodation et à la convergence.

Réflexes rotuliens vifs. Pas de Babinski, ni de trépidation épileptoïde.

A part les zones d'anesthésie ophtalmique et maxillaire supérieur gauche, le reste du tégument cutané est d'une sensibilité normale.

Rien à signaler au niveau des poumons et du cœur.

Au niveau du voile du palais, à gauche, il existe une large perforation remontant à 1912.

L'examen du nez et des sinus ne montre qu'une légère rhinite. Sinus frontal et maxillaire sains.

Le 27 avril 1923, le malade a été traité par des injections intraveineuses de Néo-Salvarsan et par l'iodure de potassium.

En plus, il a été atropinisé. Sous l'influence du traitement par les mydriatiques, la tension semble avoir remonté.

Réaction de Wassermann négative.

OBSERVATION IV (Résumée)

(In thèse de PROUST)

S..., 40 ans, comptable.

Le malade présente depuis longtemps de la céphalée nocturne.

Le 18 octobre 1910, douleurs de tête, limitées à l'hémicrâne gauche. En quarante-huit heures, la région douloureuse se tuméfie, devient rouge et se couvre de « boutons ».

Le 21, éruption vésiculeuse confluyente de la région frontale gauche jusqu'à la région temporale et la ligne médiane. Nez et joue sont indemnes. Paupière supérieure œdématisée. Au niveau de l'œil gauche, réaction conjonctivale intense. Cornée claire, mais totalement insensible. Pupille dilatée, un peu irrégulière, ne réagissant ni à la lumière ni à l'accommodation. Fond d'œil normal.

Les jours suivants : 1° Ptosis léger de la paupière supérieure gauche ; 2° Pas de déviation notable du globe, mais diplopie croisée dans le regard latéral droit, élevé et abaissé ; 3° Mydriase très marquée.

Donc paralysie incomplète, externe et interne, du moteur oculaire commun gauche.

PONCTION LOMBAIRE :

Lymphocytose, hyperalbuminose. Réaction de Wasserman positive dans le liquide céphalo-rachidien, comme dans le sang.

Traitement au cyanure de mercure. La sensibilité de la cornée revient très nettement. La diplopie disparaît, mais l'ophtalmoplégie persiste.

OBSERVATION V (Résumée)

(In thèse de PROUST.)

R..., 34 ans. Deux sœurs mortes de méningite.

En juillet 1912, céphalée diffuse, tenace. Vers la fin du mois, douleurs superficielles localisées à la région fronto-

temporale gauche. Eruption à ce niveau, au bout de cinq jours. Evolution en trois semaines. Le malade garde une céphalée bi-temporale.

En octobre, il entre à l'hôpital. La signature du zona est dans les cicatrices de la région frontale gauche. Sensibilité abolie à leur niveau.

Au niveau de l'œil gauche : conjonctive hyperhémiee. Injection périkératique. Cornée trouble. Insensibilité absolue. Iris décoloré. Pupille irrégulière. Réflexe photo-moteur très diminué. Vision O. G. : 0,1.

Réaction de Wassermann positive.

OBSERVATION VI (Résumée)

BLOCH ET SCHULMANN. (*In Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1916.*)

O..., 37 ans.

En 1918, traité pour un zona ophtalmique, à l'occasion duquel la réaction de Wassermann s'est montrée positive.

En 1919, les réflexes lumineux sont paresseux ; les réflexes rotuliens existent, mais diminués, surtout à gauche ; les réflexes achilléens sont abolis.

PONCTION LOMBAIRE. — Lymphocytose, hyperalbuminose.

OBSERVATION VII

DUPARC (*thèse Paris 1898.*)

Zona ophtalmique syphilitique. — Méningo-encéphalite. — Mort.

Ernest C..., 32 ans.

En mars, zona ophtalmique droit.

En novembre, constatation de troubles cérébraux graves dont il n'y avait pas de trace sept mois auparavant, et qui paraissent avoir débuté cinq mois après le zona. Diminution de la mémoire et de l'intelligence. Idées ambitieuses. Répond de travers aux questions et pleure facilement. Embarras de la parole ; tremblement des lèvres et de la langue ; tremble-

ment des mains sans paralysie. Ecriture irrégulière. Inégalité pupillaire. Anesthésie persistante au niveau de la région sus-orbitaire droite, siège du zona. Pas de troubles de la sensibilité générale.

Mort en mars de l'année suivante, au cours d'une attaque épileptiforme.

L'autopsie révèle des lésions typiques de méningo-encéphalite diffuse, prédominantes sur l'hémisphère droit. Au niveau de la protubérance, pas de lésion apparente des trijumeaux. « Mais en se rapprochant du rocher, le trijumeau droit est ramolli, injecté, et beaucoup plus adhérent à la dure-mère ».

CONCLUSIONS

I. — Le zona ophtalmique est caractérisé par une triade symptomatique : douleurs, exanthème, troubles oculaires. Peu et presque toujours pas de fièvre.

II. — En compulsant les statistiques de la Clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, on voit que le zona ophtalmique se rencontre spécialement chez le vieillard, plus rarement chez l'adulte, exceptionnellement chez l'enfant, l'âge moyen étant ainsi de soixante et un ans.

Il frappe surtout le sexe masculin : trois fois sur quatre, — et le côté gauche : deux fois sur trois.

III. — La spécificité du zona, basée principalement sur des notions d'épidémicité et d'immunité, est encore à démontrer. Le zona ophtalmique reconnaît la même origine ganglionnaire que le zona en général et consiste en un processus inflammatoire, avec réaction méningée.

Aux altérations nerveuses de cause infectieuse ou toxique, correspond l'évolution d'une dermatose érythémato-vésiculeuse.

Il existe donc, — correspondants à une méningo-gangliite gassérienne —, des zonas ophtalmiques symptomatiques de ces altérations centrales.

IV. — Quand on interroge les malades, on est surpris, nous disent certains auteurs, de la grande fréquence de la syphilis dans les antécédents des sujets, sans qu'il soit possible néanmoins d'établir un rapport de constance entre la syphilis et le zona.

Sans croire à la fréquence du zona ophtalmique syphilitique, nous croyons qu'on peut voir, non un zona chez un syphilitique, mais vraiment un zona de nature syphilitique.

V. — Ce zona syphilitique présente la même allure clinique que les zonas dus à des processus toxi-infectieux divers. Nous signalerons cependant, comme points assez particuliers :

1° l'âge peu avancé des malades. D'après l'ensemble des observations, la moyenne est abaissée à quarante ans;

2° l'absence de prodromes ;

3° des douleurs de moyenne intensité ; alors moins de dermalgie, de douleurs profondes, rebelles, continues, durant des mois, faisant du malade un gémissant.

VI. — Tout zona ophtalmique chez un syphilitique est justifiable du *traitement spécifique*.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

ROLLET

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Avril 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI. — *Journal de Médecine de Paris*, 1903.
- ANGLADA. — Liquide céphalo-rachidien (*Gazette des Hôpitaux*, 1910).
- AVENIER. — Méningite zonateuse (*Thèse de Paris*, 1908).
- BONER. — Contribution à l'étude du zona syphilitique (*Thèse de Paris*, 1920).
- BRISSAUD. — Zona ophtalmique avec hémiplegie croisée (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1896).
- Métamérie spéciale et distribution périphérique du zona (*Bulletin médical*, 1897).
- BROWN et DUJARDIN. — *Prain*, vol. XLII, 1^{re} partie, p. 96.
- CHARPY. — Méninges, in *Traité Poirier et Charpy*, tome III, 1901.
- CHAUFFARD et RENDU. — Méningite zonateuse tardive dans un cas de zona ophtalmique (*Société médicale des Hôpitaux*, 8 février 1907).
- CROUZON. — Liquide céphalo-rachidien, in *Prat. Neurol.*, 1911.
- DÉSIRAT. — Quelques complications du zona ophtalmique. (*Thèse de Bordeaux*, 1903).
- DESOBRY. — Zona ophtalmique chez l'enfant (*Thèse de Lyon*, 1920).
- DESTREM. — Les acquisitions récentes sur la pathogénie du zona (*Thèse de Paris*, 1915).
- DUMÉRY. — Zona ophtalmique et ses manifestations graves (*Thèse de Lyon*, 1896).
- DUPARC. — Zona facial dans la paralysie générale (*Thèse de Paris*, 1898).
- Gazette des Hôpitaux*, 1904, 1913, 1922.

- GUÉRIN. — Du zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1884).
- HESSER (S.). — *Presse Médicale*, 24 mai 1924.
- HUTCHINSON. — The Royal London ophtalmic hospital Reports and *Journal of ophtalmic medecine and surgery*, 1867.
- HUTCHINSON. — A Clinical Report on herpes zona frontalis seu ophtalmicus. *Roy. London Hosp. Rep.* 1866.
- HYBORD. — Zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1872).
- HYBORD-ALBERT. — Du zona ophtalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent (*Thèse de Paris*, 1872).
- LANDOUZY. — *Semaine médicale*, 1883.
- DE LAPERSONNE et CANTONNET. — *Précis de Neurologie oculaire* Masson, Paris.
- MARGAROT. — Zona et méningite (*Thèse de Montpellier*, 1910).
- MATTIGNON. — *Société médicale des Hôpitaux*, 2 février 1894.
- MORAX. — Complications glaucomateuses au cours du zona ophtalmique (*Annales d'Oculistique*, 1916, p. 73).
- Zona ophtalmique (*Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, Doin, éditeurs, Paris).
- PACTON. — Du zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1878).
- PIERRON. — Contribution à l'étude des manifestations oculaires du zona ophtalmique (*Thèse de Lyon*, 1920).
- PROUST. — Considérations sur l'existence et la nature de la réaction méningée dans le zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1920).
- ROLL. — *The British Journal of Children's Disease*, n^{os} 202-204, octobre et décembre 1920, p. 209.
- ROLLET. — Zona ophtalmique et zona oculaire (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1920), et Zona oculaire (*Arch. d'Opht.*, 1920).
- ROSNOBLET. — Zona ophtalmique et paralysies associées (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1925).
- SASPORTAS. — Zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1913).
- SICARD. — *Revue de Neurologie*, 1919.
- SULZER. — Zona ophtalmique (*Thèse de Paris*, 1898).
- TESTUT. — *Anatomie topographique*, 1923, Paris, Doin, édit.
- THOMAS et HEUYER. — *Société de Neurologie*, février 1912.
- VINCENT. — Méningites chroniques syphilitiques (*Thèse de Paris*, 1910).

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre premier. — Historique	13
Chapitre II. — Symptomatologie	17
Chapitre III. — Anatomie pathologique.	27
Chapitre IV. — Pathogénie	33
Zona et syphilis	34
Chapitre V. — Diagnostic. - Traitement	41
Chapitre VI. — Pronostic	45
Observations	47
Conclusions	55
Bibliographie.	57
